

 SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE	FORMATO PARA PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES REGIONAL SANTANDER CENTRO TURISTICO Y AGROEMPRESARIAL-SANTANDER		Código Regional	68
			Código Centro	954110
			Fecha Elaboración	29 de mayo de 2020
			Versión	MAYO 2020 - 4,20
			ID de Proceso	18100-839677
DATOS DEL CONTRATISTA				
Nombres y apellidos contratista: ELKIN FERNEY MARTINEZ CHAMORRO Correo electrónico contratista: elmartinezc@sena.edu.co		C.C. 91.111.247	IP/N° de contacto 3015435247	
Régimen del IVA: ☐ NO RESPONSABLE ☒ Pertenece al régimen simple de tributación? ☐ NO ☒ Es declarante de renta? ☐ NO ☒ Es Pensionado? ☐ NO				
Sus ingresos en el 2019 Superaron \$47.978.000 ☐ NO ☒ Inducción SST ☐ SI ☒ Presta Servicios Excluidos de IVA ? ☐ NO ☒				
Banco al cual consignar: BANCO BBVA Tipo de cta AHORROS N° Cuenta 839230141				
Ha contratado o vinculado dos o más trabajadores asociados a su actividad para cumplir con el objeto de su contrato? ☐ NO ☒		Sus ingresos del contrato suscrito con la Entidad en el 2020 supera los \$ 117.503.000 ☐ NO ☒		
Tiene contratos de prestación de servicios con otras Entidades Públicas: ☐ NO ☒				
Se acogió para el mes anterior, al pago parcial del aporte al Sistema General de Pensiones según el Art. 3 del Decreto N° 558: ☐ SI ☒				
Se acogió para el mes objeto de cobro, al pago parcial del aporte al Sistema General de Pensiones según el Art. 3 del Decreto N° 558: ☐ SI ☒				
DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO				
N° del contrato: 1330544/2020		N° Compromiso SIIF 6920		
Valor Total del Contrato \$ 30.321.200	N° Pago 4	Periodo objeto de pago		Valor Bruto Pago \$ 3.790.150,00
Saldo Anterior del Contrato \$ 19.203.427	Del 01/05/2020	Al 31/05/2020		
Nuevo Saldo del Contrato \$ 15.413.277	Comisiones \$ 0,00			
RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO				
Ingresos por honorarios \$ 3.790.150	Tarifa de Retención en la Fuente ART 383°		0,00%	
Ingresos por comisiones \$ 0	Retención en la Fuente del Periodo		\$ 0	
Ingresos de otros meses cobrados en el mes \$ 0				
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO \$ 3.790.150	Menos, Rete Fuente Otros Ingresos		\$ 0	
BASE PARA RETENCIÓN EN LA FUENTE \$ 2.382.026	TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO		\$ 0	
LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR				
N° Planilla PILA, o , N° Radicación pago SS	Mayo	Abril	Valor Base retención en la fuente 2.382.026,00	TARIFA
Ingreso Base de Cotización - IBC \$ 1.516.060	17964178	1.516.060	Valor Base retención en la fuente ICA 3.555.050,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud \$ 189.600	\$ 189.600	\$ 189.600	Valor base IVA 0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión \$ 45.500	\$ 45.500	\$ 45.500	IVA (Si es RESPONSABLE) 0,00	19%
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional \$ -	\$ -	\$ 0	Menos Retención en la Fuente 0,00	0,00%
ARL II \$ 15.900	\$ 15.900	\$ 15.900	Menos Retención IVA 0,00	15%
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias \$ -	\$ -	\$ -	Reteica - 8299 0,00	0,600%
Aportes voluntarios a cuentas AFC \$ -	\$ -	\$ -	Aporte Voluntario Dec. 568/2020 0,00	0,000%
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias \$7.128.000 \$ -	\$ -	\$ -	Otras Retenciones 0,00	0,000%
Intereses Prestamo de Vivienda \$ 3.560.700 \$ -	\$ -	\$ -	Otras Retenciones 0,00	0,000%
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes \$ -	\$ -	\$ -	Otras Retenciones 0,00	0,000%
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes \$ -	\$ -	\$ -	Otras Retenciones 0,00	0,000%
Aportes A.R.L. de ingresos de otros meses cobrados en el mes \$ -	\$ -	\$ -	Otras Retenciones 0,00	0,000%
Dependientes hasta \$ 1.139.424 \$ 379.015	\$ 379.015	\$ -	Descuentos de Libranza 0,00	
Salud hasta \$ 569.712 \$ -	\$ -	\$ -	Descuentos de embargo (Si tiene) 0,00	
Renta Exenta 25% \$ 8.545.680 \$ 794.009	\$ 794.009	\$ -	VALOR A PAGAR \$ 3.790.150,00	
Retención en la Fuente Contingente \$ -	\$ -	\$ -		
SON: TRES MILLONES SETECIENTOS NOVENTA MIL CIENTO CINCUENTA PESOS M/CTE				
ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO				
Ficha 2074036 Programa: Técnico en Contabilización *Actividad de Aprendizaje: Identificar los requerimientos legales Fechas Inicio y Fin de Ejecución Mensual: Mayo 4 - 11 y 18 de las 13.00 a 18.00 Total Horas Ficha (15 horas) Ficha: 1871353 *Programa: Técnico en Contabilización Actividad de Aprendizaje: Registrar las transacciones correspondientes Fechas Inicio y Fin de Ejecución Mensual: Mayo 5-12-19-26 de las 13.00 a 18.00 Total Horas Ficha (20 horas) Ficha: 2070093 *Programa: Técnico en Contabilización Actividad de Aprendizaje: Identificar los requerimientos legales y administrativo Fechas Inicio y Fin de Ejecución Mensual: Mayo 6-13-20-27 de las 13.00 a 18.00 Total Horas Ficha (20 horas) Ficha: 1869814 *Programa: Técnico en Contabilización Actividad de Aprendizaje: Registrar las transacciones correspondientes Fechas Inicio y Fin de Ejecución Mensual: Mayo 7-14-21-28 de las 13.00 a 18.00 Total Horas Ficha (20 horas) Ficha: 2074055 *Programa: Técnico en Contabilización de Operaciones. Fechas Inicio y Fin de Ejecución Mensual: Mayo 8-15-22-29, 20 H.				
PARA LOS EFECTOS LEGALES CERTIFICO, BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO, QUE: 1. Cumplí a cabalidad las actividades del objeto contractual arriba descritas; 2. Los documentos soporte suministrados contienen el pago de Seguridad Social en Salud y Pensión, los aportes voluntarios a cuentas AFC y FVP, por los ingresos recibidos en el mes anterior del contrato objeto de cobro en esta planilla y certifico que no han sido utilizados en la disminución de la Base de Retención en la Fuente en ningún otro contrato; 3. El número de trabajadores contratados para cumplir con el desarrollo del objeto contractual corresponden a lo indicado en esta planilla; 4. Toda la información aquí suministra es verídica; 5. He leído y entendido la descripción de cada uno de los campos aquí diligenciados.				
			ELKIN FERNEY MARTINEZ CHAMORRO EL CONTRATISTA	
CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO				
En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aqui relacionado, CERTIFICO: 1.- Que El Contratista cumplió a cabalidad las obligaciones contractuales pactadas; 2.- Que El Contratista desarrolló las actividades descritas en el presente informe, dentro del periodo de cobro; 3.- Que he verificado el pago de los aportes obligatorios al Sistema General de Seguridad Social realizados por el contratista por los ingresos recibidos en el mes anterior por medio de la planilla PILA relacionada en el presente informe y que los mismos han sido liquidados de conformidad con las normas vigentes.			Autorizo el presente pago. El Supervisor,	
			KAREN ANDREA GARCIA CARREÑO INSTRUCTOR G11	
Teniendo en cuenta las certificaciones suscritas por el contratista y por el supervisor del contrato arriba relacionado, autorizo el presente pago: EL ORDENADOR DEL PAGO				
NELLY QUIROGA SARMIENTO SUBDIRECTOR DE CENTRO (E) G02				

DATOS GENERALES																		
TIPO	NÚMERO	NOMBRE O RAZÓN SOCIAL		TIPO PRESENTACIÓN	SUCURSAL / DEPENDENCIA	CÓDIGO	PERÍODO PENSIÓN	PERÍODO SALUD	NÚMERO PLANILLA	REFERENCIA DE PAGO (PIN)	TIPO EMPRESA	CLASE APORTANTE	CÓDIGO ARL	CÓDIGO OPERADOR				
CC	91111247	ELKIN FERNEY MARTINEZ CHAMORRO		ÚNICO	0	0	2020-04	2020-04	17964178		PRIVADA	I	14-23	86				
DIRECCIÓN		CIUDAD / MUNICIPIO	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CÓDIGO	TELÉFONO	FAX	CORREO ELECTRÓNICO	ACTIVIDAD ECONÓMICA	VALOR NÓMINA	TOTAL EMPLEADOS	FECHA DE PAGO	FECHA LIMITE DE PAGO					
calle 20 n 7 51		SOCORRO	755	SANTANDER	68	7275329	7275329	elfemach@gmail.com	8542	0	1	2020-05-20	2020-05-13					
TOTAL APORTES A SALUD POR ADMINISTRADORA																		
CÓD / NOMBRE EPS	NIT EPS	COT OBLIGATORIA	UPC ADICIONAL	# AUT INC	VALOR INC	# AUT LIC	VALOR LIC	NETO COT	DÍAS MORA	INTERESES	INTERESES UPC	SUBTOTAL COT	SUBTOTAL UPC	NÚM RAD ANTERIOR	SALDO A FAVOR	SALDO A FAVOR UPC	TOTAL PAGAR	NÚM AFILIADOS
EPS837	900156264	189700	0	0	0	0	0	189700	0	0	0	189700	0	0	0	0	189700	1
TOTAL APORTES A PENSIÓN POR ADMINISTRADORA											TOTAL APORTES A CAJAS POR ADMINISTRADORA		TOTAL APORTES A ICBF Y SENA					
CÓD / NOMBRE AFP	NIT AFP	COT OBLIGATORIA	COT VOL AF	COT VOL AP	FONDO SOL	DÍAS MORA	INTERESES	INTERESES FONDO SOL	TOTAL PAGAR	NÚM AFILIADOS	CÓD / NOMBRE CCF	NIT CCF	VALOR APORTE	DÍAS MORA	INTERESES	TOTAL PAGAR	NÚM AFILIADOS	
230301	800224808	45600	0	0	0	0	0	0	45600	1	SINCCF	0	0	0	0	0	1	
TOTAL APORTES A RIESGOS LABORALES																		
CÓD / NOMBRE ARL	NIT ARL	COT OBLIGATORIA	# AUT INC	VALOR INC	OTROS RIESGOS	NETO COT	DÍAS MORA	INTERESES	SUBTOTAL APORTES	NÚM RAD ANTERIOR	SALDO FAVOR	FONDO SOL	TOTAL PAGAR					
14-23	860011153	15900	0	0	0	15900	0	0	15900	0	0	0	15900					
TOTAL APORTES A ESAP																		
VALOR		DÍAS MORA		INTERESES		TOTAL A PAGAR												
0		0		0		0												
TOTAL APORTES A MINISTERIO																		
VALOR		DÍAS MORA		INTERESES		TOTAL A PAGAR												
0		0		0		0												
TOTAL APORTES A CAJAS POR ADMINISTRADORA											TOTAL A PAGAR POR ADMINISTRADORA							
PENSIONES		45600																
SALUD		189700																
RIESGOS LABORALES		15900																
CAJAS COMPENSACIÓN		0																
TOTAL A PAGAR POR ADMINISTRADORA											TOTAL A PAGAR POR ADMINISTRADORA							
PENSIONES		45600																
SALUD		189700																
RIESGOS LABORALES		15900																
CAJAS COMPENSACIÓN		0																
SENA											SENA							
SENA		0									SENA		0					
ICBF											ICBF							
ICBF		0									ICBF		0					
ESAP											ESAP							
ESAP		0									ESAP		0					
MINISTERIO											MINISTERIO							
MINISTERIO		0									MINISTERIO		0					
GRAN TOTAL											GRAN TOTAL							
251200											251200							

CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

San Gil, 29 de mayo de 2020

Señores

SERVICIO NACIONAL DE APREDIZAJE (SENA)

Ciudad

Asunto: Información de dependientes para efectos de hacer uso del beneficio tributario de deducible de la base gravable de retención en la fuente.

Bajo la gravedad del juramento, en mi calidad de contratista de prestación de servicios personales y en cumplimiento de lo previsto por el parágrafo segundo del artículo 387 del Estatuto Tributario y el artículo 1.2.4.1.18. Del Decreto 1625 de 2016, informo que las personas relacionadas a continuación, tiene(n) la calidad de dependiente a mi cargo:

T.I.	MARIA PAULA MARTINEZ GALOFRE	1.100.971.908	HIJO
-------------	-------------------------------------	----------------------	-------------

Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- Los hijos del contribuyente que tengan hasta 18 años de edad

Solicito se tome nota de la situación de dependencia que informo en la presente comunicación, para efecto del beneficio de deducible de la base gravable sujeta a retención en la fuente del 10% de mis ingresos laborales brutos, hasta un tope de 32 UVT mensuales, que me asiste en virtud de la normatividad arriba citada.

Igualmente con mi firma declaro: que **NINGUNA PERSONA** ha solicitado disminución de su base gravable por concepto de dependientes, por las mismas personas arriba relacionadas.

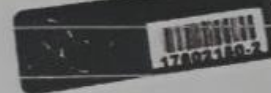
Cordialmente,

FIRMA

Nombre: ELKIN FERNEY MARTINEZ CHAMORRO

C.C. 91.111.247

ORGANIZACIÓN ELECTORAL
REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
DIRECCIÓN NACIONAL DE REGISTRO CIVIL



54760842

NUIP 1.100.971.908

REGISTRO CIVIL
DE NACIMIENTO

Indicativo 54760842
Serial

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría ☒ Notaría ☐ Número ☐ Consulado ☐ Corregimiento ☐ Inspección de Policía ☐ Código R 4 H

País - Departamento - Municipio - Corregimiento s/o Inspección de Policía
REGISTRADURIA DE SAN GIL - COLOMBIA - SANTANDER - SAN GIL.....

Datos del inscrito

Primer Apellido MARTINEZ..... Segundo Apellido GALOPRE.....

Nombre(s) MARIA PAULA.....

Fecha de nacimiento Año 2015 Mes NOV Día 08 Sexo (en letras) FEMENINO..... Grupo sanguíneo O..... Factor RH POSITIVO.....

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento s/o Inspección)
COLOMBIA SANTANDER SAN GIL.....

Tipo de documento antecedente a Declaración de testigos

CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO.....

Número certificado de nacido vivo 52718480-0.....

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos GALOPRE GOMEZ PAOLA ANDREA.....

Documento de identificación (Clase y número) CC 1.100.965.550.....

Nacionalidad COLOMBIA.....

Datos del padre

Apellidos y nombres completos MARTINEZ CHAMORRO ELKIN FERNEY.....

Documento de identificación (Clase y número) CC 91.111.247.....

Nacionalidad COLOMBIA.....

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos MARTINEZ CHAMORRO ELKIN FERNEY.....

Documento de identificación (Clase y número) CC 91.111.247.....

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos.....

Documento de identificación (Clase y número).....

Firma.....

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos.....

Documento de identificación (Clase y número).....

Firma.....

Fecha de inscripción

Año 2015 Mes NOV Día 13

Nombre y firma del funcionario que autoriza

OSCAR MAURICIO PAUTISTA LASPRILLA

Reconocimiento interno

Nombre y firma del funcionario que autoriza.....

Nombre y firma.....

13.NOV.2015 - LIBRO DE VARIOS - NUMERO 35 FOLIO 0036

ESPACIO PARA NOTAS

ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO